№ 23. Warszawa dnia 28 Maja / 9 Czerwca 1870 roku. Tom VI.

REDAKCJA przy ulicy Podwale Nr 12.

KLINIKA.

TYGODNIK LEKARSKI.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia

w Warszawie:	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10)	na Poczcie:	Rocznie............	rsr. 6 (40 złp.)
	Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20)		Półrocznie..........	„ 3 (20 złp.)
	Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)	Dodatek:	w Warszawie.......	rsr. 2 rocznie)
			na Prowincji.......	„ 2 kop. 30)

SPOSTRZEŻENIA SZPITALNE.

Spostrzeżenia ze Szpitala Ś-go Józefa w Mieni za rok 1869.

Skreślił **Henryk Dobrzycki**, Lekarz Szpitala w Mieni.

(*Dokończenie*).

4. Ropień napływowy w jamie brzusznéj, skutkiem cierpienia kręgów powstały.

(*Caries vertebrarum—abscessus per congestionem in cavo abdominis*).

Przypadek, którego treściwy opis załączam, jest pouczającym, wykazuje bowiem dotykalnie, jak wielkiego znaczenia jest przedmiotowe (objektywne) badanie, szczególnie w razach wątpliwych, i przekonywa, iż nie powinniśmy nigdy pomijać dokładnego wyśledzenia wszystkich bez wyjątku stosunków chorego ustroju; zdarza się bowiem niejednokrotnie, iż punkt wyjścia całego szeregu objawów ma swe siedlisko tam, gdziebyśmy go na początku przebiegu choroby nawet i nie podejrzewali, a co właśnie w wspomnionym przypadku miało miejsce.

W miesiącu Sierpniu 1868 r. przybył do szpitala naszego *Miernicki Antoni*, lat 38 liczący, rymarstwem się trudniący, uskarżając się na brak sił, utratę łaknienia i uczucie nieznacznego bólu w boku prawym. Chory cery ziemisto-bladawéj, lecz niezbyt wycieńczony, budowy dobréj, przechodził, jak twierdzi, przez lat 7-m uporczywą zimnicę (f. interm), któréj się w Krymie nabawił, a która z kilkomiesięcznemi co rok przerwami, cały ten przeciąg czasu go trapiła. Badanie wykazało co następuje (zaznaczam tylko stosunki nieprawidłowe): śledzona szczególniéj w wymiarze podłużnym (26 centymetrów wynoszącym) olbrzymio powiększona, twarda, przy dolnym brzegu klatki piersiowéj dokładnie objąć się dająca, wymiar poprzeczny bardzo znacznie lecz mniéj stosunkowo zwiększony. Granice bezwzględnéj tępości wątroby od góry w linji sutkowéj, pachowéj, i od tyłu o całe żebro podniesione; plat

lewy prawie na miejscu. Brzeg dolny wątroby na cztery przeszło cale po zagranicę klatki wystaje. Tępość opukiwanéj wątroby była typowo absolutną i dawała wrażenie ciała bardzo twardego, jakby płyty marmurowéj. Ucisk na wątrobę wywarty wywoływał mierny ból; śledziona na dotyk niewrażliwa. Błony śluzowe słabo nastrzyknięte, tkanki wiotkie, tony serca słabe lecz wyraźne, fala tętna nizka, częstości prawidłowéj, mocz koloru słomkowego mało nasycony, za ogrzaniem opalizujący; kwas saletrzany nieznaczne ilości białka wykrywa; wypróżnianie leniwe, łaknienie małe. Rozpoznanie: kacheksia zimnicza z następowém skrobiawatém przerodzeniem wątroby i śledzony. Zadawano haemotonica: dec. cort. chinae, a następnie dec. fol. erythroxyl. coccae. Po takiém leczeniu chory widocznie, aczkolwiek zwolna, siły i łaknienia odzyskiwał. W przeciągu następnych 5-ciu miesięcy ważniejszych zmian w stanie chorego nie było. W Styczniu r. 1869 zauważyłem wyraźne acz powolne obniżanie się tępości wątroby. Chory uskarżał się na mocny ból w kończynie dolnéj prawéj (podobny do ischias artica), przyczém wyraźne zwiększenie się i mocne stwardnienie gruczołów pachwinowych téjże kończyny miało miejsce. W parę tygodni potém, chory począł doznawać dotkliwego, szczególniéj pod wieczór, bólu w okolicy nerki prawéj. Stan ogólny żadnéj prawie nie uległ zmianie. Uwyraźnianie się zjawisk nowo występujących, których poprzednio nie było, skłoniło mnie do przypuszczenia, iż oprócz charłactwa zimniczego, na którego istnienie zdaje się mieliśmy dostateczne dowody, może mieć prawdopodobnie miejsce i inne li tylko saméj wątroby tyczące się zboczenie, jak np. nowotwór wątroby.

Prof. *Choynowski*, naówczas u mnie goszczący, po staranném zbadaniu chorego, przychylił się do mego zdania, oznajmiwszy, iż prawdopodobném mu się wydaje w danym przypadku przerodzenie rakowate wątroby, które zarówno gruczoły pachwinowe (a nawet i krezkowe) zajęło. Wszelako zaznaczyć wypada, iż tak przy początku badania, jak również i naówczas, żadnych nierówności na powierzchni wątroby, ani guzowatości, o przerodzeniu gruczołów krezkowych świadczyć mogących, nie było. Powiększenie tylko i mocne stwardnienie gruczołów pachwinowych po stronie prawéj było niewątpliwém. Tymczasem ból w okolicy nerki prawéj się odzywający, co raz dotkliwiéj choremu dokuczał. Zjawiła się bezsenność, lekkie dreszcze i mocniejsze osłabienie. Badając okolicę grzbietową, dostrzegłem w miejscu ściśle nerce prawéj odpowiadającém, wyraźne nabrzmienie dość sprężyste, które w dni 10 tak się powiększyło, iż przedstawiało guz wielkości dużéj pięści. Guz był chełbocący, obecność ropy niewątpliwa. Nie posiadając szprycy *Guérin'a*, postanowiłem użyć zwyczajnego lancetu, i ukośném jego wprowadzeniem guz otworzyć. Po przekłuciu guza przez $3^1/_2$ godzin, przy pociskaniu jamy brzusznéj, czysta dobrych przymiotów ropa odpływała prawie bez ustanku, z początku czas dość długi strumieniem znacznie od ciała odstającym, tak wielkie bowiem było napięcie ścian brzusznych.

Ilość wypuszczonéj ropy wynosiła uncji 154, czyli funtów aptekarskich blisko *trzynaście*, gdyż napełniła trzy naczynia po $4^1/_2$ funta objętości mające. Wypuszczenie to ropy żadnego niekorzystnego wpływu na chorego nie

wywarło, a dni następnych ropa w znacznéj ilości z otworu sztucznie zrobionego wypływała. Wtakim stanie chory pod niebytność moją, przez zastępującego mnie naówczas kolegę do Buska zakwalifikowanym został, i tam przez kolegę *Dymnickiego* był obserwowanym. Jakiemu losowi uległ chory, nie jest mi wiadomo; prawdopodobnie zmarł z wycieńczenia, które przy tak olbrzymiém a bezustanném wytwarzaniu się ropy zwiększać się musiało. Zgłębnik do otworu wprowadzony na 15 cali się pogrążył, i mniéj więcéj na téj przestrzeni swobodne wykonywać mógł ruchy w różnych kierunkach. Ropień naturalnie był otorbiony, a badanie w tym względzie zgłębnikiem musiałem z wielką wykonywać ostróżnością, z obawy aby błony nie rozerwać, a tym sposobem na fatalne następstwa (peritonitis), po wylaniu się ropy w jamę brzuszną nastąpić mogące, chorego nie narazić. [1]) Że zwiększenie się owo wątroby od ilości zwiększającéj się ciągle ropy zawisło, o tém perkussja przekonała; wątroba jednakże znacznie powiększoną była, a jéj granica górna (za wdechnięciem się usuwająca), na podaném wyżéj miejscu się utrzymała. Granica jéj dolna na cal blisko poniżéj brzegu klatki piersiowéj występowała. Po wypuszczeniu ropy, badając stos kręgowy przez powolne posuwanie dwóch palcy wzdłuż jego osi, napotkałem ze strony prawéj gąbczaste ognisko lekko zapadłego ciała (corpus) ósmego kręgu grzbietowego; (było to zapewne pierwsze ognisko ropne). Wszystkie zaś wyrostki poprzeczne kręgów lędźwiowych po stronie prawéj były tak zniszczone, iż miejsca im odpowiadające przy naciskaniu wydawały rodzaj wyraźnego chrzęstu pod palcami, o zniszczeniu substancji kostnéj świadczącego.

Przypadek opisany nie potrzebuje komentarzy. Rzecz jasna, iż gdyby badanie stosu pacierzowego było dokonaném, natenczas prędzéj czy późniéj sprawa cała wyświetlonąby została, i błędu djagnostycznego bylibyśmy uniknęli. Szczęściem, że na samo leczenie nie wywarło to żadnego wpływu.

5. *Morfina podskórnie użyta celem miejscowego znieczulenia przy odprowadzaniu przepuklin.*

W dwóch przypadkach wielce mi morfina okazała się pożyteczną przy odprowadzaniu przepuklin; szczególniéj poniższy przypadek świadczy o jéj wielkiéj w takich razach skuteczności. W Kwietniu 1869 r. przywieziono mi chorego lat 60 liczącego, który od lat kilkunastu miał przepuklinę pachwinową. Chory oznajmił, iż dawniéj przy wypadnięciu kiszek (czego cięższa praca lub podróż dłuższa stawać się miała powodem), sam bez trudności takowe do jamy brzusznéj wprowadzał. Od dwóch zaś dni, wypadnięte kiszki tak mocno się zaklinowały, iż chory mimo wszelkich usiłowań ruszyć ich z miejsca nie mógł. Badając chorego, dostrzegłem guz wielkości małéj pięści, w pachwinie lewéj. Temperatura guza od reszty ciała znacznie była wyższą, prócz tego przy-

[1]) Z notat prof. *Hirschfelda* ogłosiłem dwa podobnéj natury przypadki obserwowane przez niego wraz z p. *Rostan*. Stanowią one ważny przyczynek do djagnostyki ropni napływowych i dla tego na nie zwracamy uwagę czytelnikom *Kliniki* (patrz *Klinika* T. I, Nr. 7 i 9).

śpieszenie tętna, wzdęcie brzucha, wstrzymanie poruszeń i ciągłe odbijanie miało miejsce. Po zastosowaniu przedwstępnych środków (lewatywy, kąpiel ciepła) przystąpiłem do odprowadzenia pętlicy kiszek, która zbitym kałem napełnioną była, lecz ból przy nieznacznym już ucisku był tak wielki, iż bez podania narkotyków obejść się nie było można. Unikając chloroformu, gdzie go tylko uniknąć można, podałem choremu $^1/_4$ gr. morphii muriatici. Po półgodzinném oczekiwaniu podana do wewnątrz morfina żadnego wpływu na zmiejszenie stopnia czułości uwięzionego worka nie wywarła, a gdy i $^1/_2$ granowa dawka zawiodła, zastrzyknąłem $^1/_6$ grana chlorku morfiny tuż powyżéj guza. W 5 minut późniéj znieczulenie było tak zupełne, iż mimo nacisku i stopniowego ugniatania guza, jakie do jego odprowadzenia było konieczném, chory ani znaku bólu nie okazywał. Wkrótce też kiszki na swojém znalazły się miejscu, a kilka lewatyw wystarczyło do przywrócenia przerwanéj komunikacji w przewodzie pokarmowym. *Pletzer i Eulenburg* [1]) bardzo zalecają użycie podskórne przetworów makowcowych przy odprowadzaniu przepuklin; a nawet ten ostatni, pomimo całéj oględności z jaką się o działaniu środków w ogóle wyraża, twierdzi, iż podskórnie użyta morfina przez miejscowe znieczulenie wpływa widocznie nie tylko na zniesienie bólu, ale nawet i na pomyślny przebieg zjawisk pooperacyjnych, jakie się w takich razach wytwarzają, i zdanie to na licznych spostrzeżeniach opiera.

Któremu więc z kolegów podobny przypadek się zdarzy, może z niewątpliwym skutkiem użyć podskórnego zastrzyknięcia morfiny.

6. Wyciąg wodny sporyszu zbożowego (Extractum Bonjean) podskórnie użyty przy moczu krwawym (haematuria).

Z liczby chorych przychodnich, zgłosił się do mnie na poradę *M. O.* obywatel z miasteczka Latowicza, uskarżając się, iż od kilku lat zauważył dość częste, mocne zabarwianie się moczu krwią. Miało to miejsce prawie po każdéj podróży bryczką odbytéj. Na kilka tygodni przed przybyciem do mnie, chory przerażony był żywo-czerwoną barwą moczu, i z obawy, aby krew nie uszła, postanowił szukać pomocy. Obecność znacznéj ilości krążków krwi w moczu była niewątpliwą; na dnie naczynia dość obfity osad piaskowaty (Nierenstein); prócz tego znacznie obfitsza jak w stanie prawidłowym ilość śluzu dostrzedz się dawała. Okolica nerek za naciskiem raczéj dotkliwie wrażliwa, aniżeli bolesna,—silniejszy nacisk ból sprawia. Chory prócz tępego bólu w okolicy nerek czasem się pojawiającego, i palenia (jak się wyrażał) w krzyżu, innych przypadłości nie doznawał. Trzy zastrzyknięcia z wodnego wyciągu sporyszu na okolicę nerek zastosowane, stanowczo usunęły krwawienie. Były dokonywane w odstępach mniéj więcéj tygodniowych, a każde zastrzyknięcie po 1 : $^1/_3$ grana wynosiło t. j. po $^2/_3$ gr. na okolicę jednéj i drugiéj nerki. Całkowita więc ilość leku 4 gr. wynosiła. Po pierwszém zastrzyknięciu ulga była bardzo znaczna, zabarwienie bowiem moczu raz tylko w ciągu

---

[1]) *Eulenburg.* Die hypoderm. Inj. d.Arzneim. Wydanie drugie 1867 r. Str. 166.

tygodnia miało miejsce. Po drugiém stanowcze zniknięcie zabarwienia. Celem otrzymania pewniejszego skutku, zastosowałem trzecie. Chory, któremu prócz tego zdroje Vichy zaleciłem, w przeciągu upłynionego już blisko całego roku, dotąd ani razu krwawego moczu nie zauważył.

7. Na wzmiankę zasługuje przypadek *bardzo znacznego rozdęcia pęcherza* nagromadzeniem moczu spowodowane.

W Kwietniu przywieziono 40-letnią kobietę z objawami ostrego nieżytu pęcherza. Chora sama nie była w stanie wejść na wschody, z powodu, iż każde poruszanie nogami, przykry ból w dole brzucha się odzywający zwiększało. Oznajmiła, że od trzech dni, doznając ciągłych pozywów na oddanie moczu, ani kropli go nie oddała. Czy ta ostatnia okoliczność (co do czasu wstrzymania moczu) jest prawdziwą, zapewnić nie mogę, chora jednak uporczywie przy swojém obstawała. Choroba poczęła się mocnemi dreszczami godzin kilka trwającemi, poczem wspomniane objawy wystąpiły. Opukując pęcherz, znalazłem jego granice olbrzymio powiększone, albowiem tępość sięgała blizko na cal poniżéj pępka. Wprowadzeniu moczociąga bardzo znaczny ból towarzyszył. Ilość wypuszczonego moczu wynosiła około 5-ciu kwart; zabarwienie nieco ciemniejsze jak w stanie prawidłowym, z mnóstwem śluzu, który za chwilę nieco poniżéj zwierciadła płynu się nagromadził. Przez następne dni 3, mocz sztucznie był upuszczanym, a po 2-ch tygodniach, przy użyciu kąpieli ciepłych nasiadowych i wcieraniu w międzykrocze ungt. belladonnae, chora wyleczona, opuściła szpital. Proponowałem jéj zastrzyknięcie z siarczanu atropiny, ale żadną miarą na to zgodzić się nie chciała. W opisanym przypadku, zasługuje na uwagę olbrzymie rozdęcie samego pęcherza, o jego nader wielkiéj pojemności świadczące, jak również znacznie długi czas, przez który mocz w pęcherzu przebywał.

8. *Niedokrwistość z upustów krwi.*

Konieczność wprowadzenia tego terminu do szematów szpitalnych, podałem już w poprzednich moich sprawozdaniach. Bezprawne lekowanie, o którém u nas już tyle rozprawiano, daje mi rok rocznie materjał do obserwacji w szpitalu tego rodzaju przypadków. W r. 1869 miałem 8-miu chorych, którzy po najściślejszém zbadaniu i dłuższéj obserwacji, przedstawiali szereg zboczeń, mogący być tylko następstwem licznych, obfitych i bezpotrzebnych krwi upustów. Minimum upustów (z których każdy talerz upuszczonéj krwi zawierał), było u jednéj z kobiet 25. Pospolicie upust krwi, jeśli raz tylko przyniesie ulgę, corocznie się dokonywa. Inne indywidua przecięciowo po 30 razy krew miały puszczoną. Podaję wiernie tylko te cyfry upustów, do których sami chorzy się przyznawali. Upadek swego zdrowia na zawsze, zawdzięczają babom opatrzonym w puszczadła, które w swoich szlachtuzach rzemiosło upuszczania krwi swobodnie i bez przeszkód wykonywują. W pierwszym roku méj praktyki między ludem, każda wiadomość o podobnym szlachtuzie dla ludzi, robiła na mnie wrażenie zimnego prysznica, dzisiaj zaś

tak już do tego przywykłem, że nie mam pojęcia o istnieniu wieśniaka, któryby się choć kilkarazowemu krwi upustowi w swém życiu nie poddawał. Dla tego téż zwykle badanie rozpoczynam od słów „ileś razy był u krwi”? Otrzymuję odpowiedź: „tak od razu to nie powiem, ale musi ze 6 albo 8”. „Pokaż rękę, ileś razy puszczał z prawéj? „Może ze 6 albo 8” „A z drugiéj ręki?” „téż tyle.”

Bezczelniejsze wampiry wystawiają choremu wieśniakowi konieczność wytoczenia krwi na krzyż t. j. np. z prawéj ręki i lewéj nogi, lub przeciwnie. Niektórzy puszczają krew z pod języka; puszczanie krwi z głowy, z powodu kiku przypadków śmierci z krwotoku, wyszło już z użycia. Wskazaniami do upustów krwi są: wszelki ból w ogóle, nie wyjmując towarzyszącego wrastaniu paznokcia lub zanokcicy (panaritium), daléj zasuwaniu w dołku (kataru żołądka), zmora (asthma), łamanina (gościec), wszelkie puchliny, odejście od rozumu (deliria przy tyfusie) i t. d., słowem w mnóstwie przypadków tam, gdzie upust krwi jest zabójczym; przeciwnie zaś w razach takich, gdzie upust krwi rzeczywiście z korzyścią dla chorego mógłby być zastosowanym, tam go nie użyją. Dzieje się to po części z tego powodu, że chory zwykle pierwszy okres choroby w domu przetrzyma, dopiero późniéj na dokończenie kuracji udaje się do szlachtuza, poczem dopiero pożywną dietą (kartofle suto okraszone, wódka pieprzem i psiem sadłem zaprawna, u zamożniéjszych krupnik po litewsku sporządzony) siły swe ratuje. Chociaż załączone uwagi są głosem wołajacego na puszczy, jednak je podając, spełniamy swój obowiązek, nie mając attrybucji czynnego wytępiania złego.

9. *Czarna krosta (pustula maligna).*

Pod tą nazwą ogólną mieszczą się wszystkie formy chorobne, których źródłem powstania jest przeniesienie sui generis zarazku ze zwierząt na człowieka, a które t. z. chorobom karbunkułowym były podległe. Takie różnych i różnie przebiegających form połączenie jest z wielu względów bezzasadnie, dokładne bowiem trzy formy wyróżnić się dadzą, a mianowicie: 1) czarna krosta w ścisłém znaczeniu, która jest najzwyklejszym objawem zaszczepienia jadu. Siedliskiem jéj bywają w największéj liczbie przypadków kończyny górne, w szczególności ręka i przedramię. Gdy krosta w innéj okolicy ciała się pojawia, wtedy tylko w wyjątkowy sposób jako czarna krosta przebiega, dając początek 2) antraksowi pierwotnemu (carbunculus s. anthrax malignus primitivus). Stosunki anatomiczne, jak sąsiedztwo naczyń chłonnych, inne tkanki łącznéj rozpołożenie, wpływają niewątpliwie na różnicę w przebiegu, leczeniu i rokowaniu. Bowiem gdy czarna krosta przy szybkim ratunku bardzo mały daje procent śmiertelności, to antraks powstały skutkiem przeniesienia jadu na inne okolice np. szyjową, piersiową, podpachową, a nawet ramieniową, przebiega groźniéj i staje się skutkiem sprawy gangrenowéj mokréj (gangraena humida—różnica od czarnéj krosty któréj cechą jest gangr. sicca) przyczyną zakażenia całego ustroju. 3) Nareszcie wyróżnić koniecznie należy antraks następowy (carbunculus s. anthrax consecu-

tivus malignus), który powstaje skutkiem wprowadzenia jadu do wewnątrz przez zjedzenie mięsa karbunkułowego zwierzęcia. Fakt to powszechnie przyjęty i na danych oparty. Taki antraks następowy, który może mieć za siedlisko różne okolice ciała, daje procent śmiertelności największy. Ramy sprawozdania, które powinno podać treść naszego działania, są zaszczupłe abyśmy nasz sposób zapatrywania się szerokiemi wywodami popierali, lub mnóstwo autorów na poparcie lub zbicie niektórych pojęć przytaczali. Przedmiot to do obszerniejszych studjów. W latach obu (1868 i 9-ym) mieliśmy razem w szpitalu 33 przypadków; ponieważ obie opizoocje wzięły swój początek w jednych miejscowościach i miały jednakie charaktery, przeto opisujemy jakby jedną. Chorzy ci pochodzili z 7-miu miejscowości t. j. 21, 4, 4, 3, 2, 2, 1, 1, razem 38. Z tych na czarną krostę chorych było 17. Największa liczba krost na jednėm indywiduum obserwowanych była 8. Wszyscy wyzdrowieli. Z antraksem pierwotnym było 12, z tych umarło 2. Z antraksem następowym było 9, z tych umarło 4. Z liczby 38 chorych leczonych było 35, ponieważ trzech w stanie konania przywiezionych, zmarło prawie natychmiast, jeden zaś z tych w godzin 7-m. Wszyscy chorzy, jak to już w poprzedniem sprawozdaniu wspomnieliśmy, oprócz miejscowego leczenia (wycięcie, wypalane żelazem lub środkami żrącemi, opatrunkiem z kwasu karbolowego w stosunku 1 na 32 płynu) mieli zadawany do wewnątrz kwas karbolowy — maximum jego było na dobę kropli 60, w mieszance złożonéj z 6 uncji klejkiego płynu, z dodatkiem drachmy eteru siarczanego. Wypadało więc po 5 kropel co 2 godziny. W największéj liczbie przypadków 40 kropli na dobę zadawałem, u dzieci zaś 20. W żadnym przypadku nie obserwowałem żadnych przypadłości o zasilném działaniu kwasu karbolowego świadczyć mogących, prócz lekkiego i krótkotrwałego bólu głowy u chorych, dla których zapach tego środka był przykry. U trojga dzieci po 3-ciéj łyżce odeszły ze stolcem w znacznéj ilości glisty, czemu żadne boleści brzucha nie towarzyszyły.

Z ogólnéj liczby 35 chorych, zmarło tylko 3-ch, przywiezionych z groźniejszemi objawami. Ponieważ racjonalna statystyka nie pozwala w odsetkach śmiertelności obliczać tam, gdzie liczba chorych niedochodzi stu, przeto obliczona na cyfrę mniejszą t. j. na dziesięć, wypadnie, iż opierając się na cyfrach 35 i 3, otrzymamy na dziesięć śmiertelności=0,85.

Zbieranie szczegółów statystyczno-lekarskich i materjałów epidemiologicznych, jak również udział jaki przypada w téj pracy towarzystwom lekarskim.

NAPISAŁ

D-r Bolesław Lutostański.

Człon. korresp. Tow. lek. krak.

(*Ciąg dalszy.*)

Każde państwo prawne (Rechtsstaat), w interesie dobra ogółu i rozwoju sił wytwórczych (produkcyjnych), obowiązane jest czuwać nad zdrowiem powszechném i takowe za pomocą ustawodawstwa sanitarnego pielęgnować, gdyż zdrowie powszechne, reprezentujące całą ilość pracy mecha-

nicznéj i umysłowéj, jest kapitałem którego odsetki stanowią potęgę umysłową, ekonomiczną i polityczną pewnego kraju. Administracja więc państwowa obowiązana jest stworzyć takie warunki dla fizycznego życia społeczeństwa, które życie to chronią od wszelkich niebezpieczeństw, a naruszone przywracają do prawidłowego stanu. Zadanie to przypada w zakres czynności jednéj z najważniejszych gałęzi administracji państwowéj, te jest *zarządu zdrowia publicznego*, który składa się z władzy centralnéj, rozmaicie w różnych krajach zorganizowanéj i władz podwładnych drugo i trzeciorzędnych. Takie zarządy zdrowia, jako odrębne i samodzielne ciała administracyjne, prócz Anglji i niektórych stanów Ameryki północnéj, nigdzie nie istnieją. We wszystkich krajach europejskich, opieka nad zdrowiem publiczném połączoną bywa z wykonywaniem medycyny sądowéj, co pochodzi z pomieszania dwóch pojęć pokrewnych sobie, ale nie jednoznacznych, to jest medycyny sądowéj i medycyny społecznéj, z których pierwsza z zarządem zdrowia nie ma nic wspólnego, gdyż ona nie pielęgnuje zdrowia lecz obejmuje zbiór prawideł i zasad opartych na wiedzy i doświadczeniu lekarskiém, które służą za środek dowodowy w procesie karnym. Jest to rzeczą pewną, iż połączenie sądownictwa z administracją, jak to do niedawna w niektórych krajach miało miejsce, (np. w Austrji), jest nadzwyczaj szkodliwém dla biegu czynności administracyjnych i wykonywania prawa. Dwie te gałęzie służby publicznéj powinny być wykonywane przez osobne organa. Toż samo da się powiedzieć o połączeniu medycyny sądowéj z administracją zdrowia powszechnego i nie ulega najmniejszéj wątpliwości, iż sprawy hygieniczne najwięcéj cierpią na urządzeniu, w którém czynności lekarza sądowego i urzędnika zdrowia łączą się w jednéj i téj saméj osobie. W dzisiejszych czasach zadanie i obowiązki urzędnika zdrowia nabrały takiéj rozciągłości, iż jeden lekarz nie może podołać obowiązkom wkładanym na niego przez medycynę sądową i hygienę. Otóż taka samodzielna organizacja opieki nad zdrowiem publiczném, skupiając się w centralnym zarządzie, zajmującym się wyłącznie sprawami dotyczącemi pielęgnowania zdrowia, stanowi ów organ o jakim wyżéj wspomniałem, pośredniczący między lekarzami i urzędnikami administracyjnemi—między medycyną i nauką administracji państwowéj.—Niestety w krajach europejskich, z wyjątkiem Anglji, dwie gałęzie medycyny, zastosowanéj do potrzeb sądowych i społecznych, mają dotychczas jeden organ w naczelnym zarządzie zdrowia i jego podziałach drugorzędnych i trzeciorzędnych. Nie może być mojém zadaniem wchodzić tutaj w szczegóły urządzenia służby zdrowia. Mówiąc jednak o statystyce lekarskiéj rządowéj, nie mogłem uniknąć tych kilku ogólnych uwag.

W jakikolwiek sposób organizacja służby zdrowia będzie przeprowadzoną, zawsze do zarządu centralnego służby zdrowia należy pielęgnowanie zdrowia publicznego. Aby zaś zarząd ten mógł rozwinąć skuteczną działalność w uzdrowieniu powszechném i iżby daléj mógł przeprowadzić skuteczną opiekę nad zdrowiem publiczném, przedewszystkiem znać powinien stosunki i fakta, wskazujące gdzie i w skutek czego zdrowie owo jest zagrożone. Na podstawie tych to wiadomości można jedynie zaradzić istniejącemu złemu przez ogólne ustawy i rozporządzenia sanitarne. Do wykrycia wspomnianych dopiero co stosunków i faktów dąży właśnie *statystyka lekarska*. Wkraczając we wszystkie stosunki życia, jest ona, że tak powiem, najlepszym środkiem poznania trybu biologicznego, a przez to najściśléj jest związana z hygieną. Bez statystyki hygiena nigdy nie przekroczy szupłych granic djetetyki i policji lekarskiéj i nie stanie się tém czém być powinna, to jest nauką socialną obejmującą w swe ramiona całą społeczność ludzką.

Rzecz więc prosta, iż zbieranie szczegółów statystyki zdrowia, chorobli-

wości i śmiertelności, stanowi naczelny obowiązek centralny zarządu zdrowia publicznego, z którego wynika drugi obowiązek układania na podstawie materjału statystycznego sprawozdań o stanie zdrowia całego kraju, które w państwach konstytucyjnych powinno być corocznie składane ciałom prawodawczym wraz z projektami do odpowiednich ustaw sanitarnych. Taką instytucję posiada Anglja w regestraturze generalnéj (General Register office—pod kierunkiem dr. *Farr'a*), zostającą w organicznym związku z naczelną władzą zdrowia połączonych królestw W-éj Brytanji. W dziełach statystycznych (*np. Oesterlen'a* Handb d. medicin. Statistik 1865) nie odróżniano dotychczas statystyki lekarskiéj ogólnéj od statystyki lekarskiéj szczegółowéj, Co według mego na rzeczy zapatrywania się stało się powodem niejednego zamieszania pojęć w rozprawach o organizacji służby statystyczno - lekarskiéj.

Statystyka lekarska ogólna ma za zadanie zbadać stosunki zdrowia publicznego, chorobliwości i śmiertelności ogólnej. Do niéj więc należy:

1) Statystyka zdrowia, żywotności i rozrodności

2) „ chorobliwości ogólnéj t. j. stosunku zdrowych ludzi do chorych w całym kraju, czyli cyfry chorób całéj ludności

3) Statystyka śmiertelności ogólnéj połączona ze statystyką pojedyńczych przyczyn śmierci.

Z tych materjałów statystycznych hygiena publiczna czerpie naukę gdzie i jakim sposobem można poprawić zdrowie powszechne, lub też zapobiedz powstawaniu i szerzeniu się chorób, stanowiących najczęstszą przyczynę śmierci.

Inaczej się rzecz ma ze statystyką lekarską szczegółową. Do niéj należy wyłącznie statystyka pojedycznych chorób t. j. statystyka czynników patogenetycznych i etiologicznych (wpływ płci, wieku, zatrudnienia, dobrobytu, mieszkania, okolicy, klimatu, rassy, narodowości, wpływów dziedzicznych, konstytucji, ogólnych stosunków socialnych itd. na rozwój i przebieg pojedynczych chorób), daléj statystyka objawów anatomo-patologicznych, statystyka przypadków trwania i śmiertelności pojedyńczych chorób, wreszcie statystyka sposobów leczenia.

Ta statystyka pojedynczych chorób należyć zawsze będzie do lekarzy prywatnych, którzy z zebranego materjału wyprowadzają wnioski i zasady na podstawie których oprzeć należałoby etiologję, patologję, djetetykę i terapję chorób ustroju ludzkiego. Do tego rodzaju badań najwięcéj przydają się spostrzeżenia z praktyki szpitalnéj i prywatnéj. Od biur statystyczno-lekarskich nie można wymagać, aby układały statystykę lekarską szczegółową. Organa statystyczne powinny dla niéj zbierać materjały; ale układać je i korzystać z niéj mogą tylko lekarze, czy to pojedynczo uważani czy też stowarzyszeni w ciała naukowe.

Podział powyższy, według mego przekonania, wyjaśnia nam nie jedną sporną kwestję w organizacji statystyczno-lekarskiéj i zarazem określa zakres działania organów rządowych.

Przeprowadzenie statystyki lekarskiéj w ogóle jest rzeczą bardzo trudną, a to z tego powodu, iż nie posiadamy przykładów i doświadczenia w téj mierze, gdyż prócz Anglji i urządzonéj na wzór angielskiéj statystyki w Belgji i Holandji, nigdzie statystyka lekarska rządowa nie została zaprowadzoną. Ślepo zaś naśladować instytucji angielskiéj nie można, albowiem stosunki angielskie i prawo publiczne tego kraju całkiem się różni od wszystkich innych krajów europejskich. Przy kreśleniu więc zarysu organizacji statystyki lekarskiéj kierować się należy ogólnemi wskazówkami, podawanemi przez naukę administracji państwowéj i hygienę.

Najprzód uznać wypada zasadę, iż statystyka lekarska prowadzoną

być winna przez władze państwowe, a następnie zgodzić się, iż dobra statystyka potrzebuje trzech warunków:

a) Zaprowadzenia aktów stanu cywilnego (ksiąg aktów urodzenia, małżeństw i zejścia),

b) należycie urządzonéj instytucji oglądania zwłok i aktów skonów,

c) aktów chorób prowadzonych przez każdego z lekarzy.

Po tych wyjaśnieniach wypada mi teraz skreślić ogólny zarys organizacji rządowéj służby statystyczno-lekarskiéj i jéj zadania.

Każda organizacja tak rządowéj jak i prywatnéj statystyki lekarskiéj wymaga udziału wszystkich bez wyjątku lekarzy, upoważnionych do praktyki lekarskiéj. Inaczej niepodobna zebrać materjału statystycznego. Dla tego téż statystyka lekarska rządowa musi mieć swoją ustawę określającą obowiązek wszystkich lekarzy, chirurgów i akuszerów do podawania sprawozdań ze swéj praktyki władzom cywilnym, według ułożonych wzorów. W krajach gdzie podobne ustawy istnieją np. w Anglji, Belgji, Kantonie genewskim, spełnienie tego obowiązku jest warunkiem od którego zależy wykonywanie praktyki lekarskiéj. Lekarz nie spełniający tego obowiązku traci prawo do praktyki. Tym sposobem statystyka lekarska rządowa opiera się na najobszerniejszéj podstawie, przyczem nie uchodzi uwagi żaden przypadek choroby i śmierci.

Na czele służby statystyczno-lekarskiéj stoi centralny zarząd zdrowia i pozostaje w ciągłym stosunku z centralném biurem dla statystyki polityczno-spółecznéj. Zarząd zdrowia udziela swoich rad i uwag w rzeczach statystycznych władzom politycznym, układa tablice biostatyczne i sociostatyczne, według których władze administracyjne zbierać mają szczegóły statystyczne, podaje zarazem metody podług których obliczenia statystyczne mają być wykonywane.

Ze szczegółów statystyczno-administracyjnych, dostarczanych przez centralne biuro dla statystyki polityczno-spółecznéj, zarząd zdrowia układa statystykę ruchu ludności, zaślubin, porodów i przypadków śmierci. Ta statystyka wraz ze statystyką spółeczną, ułożoną według wymienionych już przezemnie działów, daje obraz zdrowia, żywotności (vitalität) i rozrodności mieszkańców:

Oprócz tego zarząd zdrowia zbiera samodzielnie szczegóły do statystyki lekarskiéj ogólnéj, a mianowicie:

1) Statystykę przyczyn śmiertelności w ogóle

2) „ pojedynczych przyczyn śmierci

3) „ chorobliwości ogólnéj t. j. przyczyn i cyfry chorób w ogóle mieszkańców czyli ogólnego zaniemożenia (aegritudo dawniejszych lekarzy), i ku temu celowi wygotowuje właściwe tablice i wzory (formularze). Na podstawie wszystkich tych szczegółów statystycznych zarząd zdrowia układa roczne sprawozdania o stanie zdrowia mieszkańców całego kraju. Przy zbieraniu materjałów chorobliwości ogólnéj, zarząd zdrowia przedewszystkiem zwraca uwagę na choroby nagminne i na miejscowe i układa na podstawie zebranych wiadomości obrazy endemiologiczne i epidemiologiczne.

W ogóle zarząd zdrowia czuwać powinien nad jednostajnością nomeklatury chorób i przyczyn śmierci, nad ścisłością metod statystycznych i w tym celu powinien wydawać szczegółowe instrukcje dla swoich urzędników.

Wszystkie te czynności wykonywa w zarządzie zdrowia sekcja dla statystyki lekarskiéj. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

Paediatria.

O przyczynach objawów mózgowych przy idiopatyczném krupowém zapaleniu płuc u dzieci.

Sprawozdawca **Markiewicz.**

Prof. Steiner—Die Ursachen der cerebralen Symptome bei der sogenannten Gehirnpneumonie der Kinder (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* II. Jahrgang. 4 Heft. 1869).

Każdemu lekarzowi jest wiadomo, jak często idiopatyczna krupowa pneumonja u dzieci występuje i przebiega przy gwałtownych objawach mózgowych. Objawy te tak odrębny obraz chorobny tworzą, iż autor za słuszne uważa oznaczenie podobnych przypadków pneumonji nazwą przez *Rilliet'a* i *Barthez'a* użytą: pneumonji mózgowéj. Ci dwaj ostatni lekarze twierdzą, iż we wszystkich przypadkach, w których jako konsultami wzywani byli do dzieci dotkniętych tą formą pneumonji, przypadki te poprzednio jako cierpienia mózgu rozpoznanemi były. Każdy sumienny lekarz przyznać musi, że mu się w pediatrycznéj praktyce nieraz zdarzyły podobne pomyłki.

Autor pragnie rozebrać przyczyny mogące objaśnić powstawanie objawów mózgowych w przebiegu krupowéj pneumonji.

Do przyczyn uspasabiających zalicza przedewszystkiem skłonność ośrodków nerwowych u dzieci do współcierpienia, podczas zapalnych spraw w innych organach. Skłonność ta tém jest większą, im dziecko jest młodsze, a nadto spotęgowaną bywa jeszcze u pewnych indywiduów i w pewnych rodzinach. Nigdy jednak skłonność ta nie może *sama przez się* wystarczyć do wywołania objawów cechujących tak zwaną pneumonję mózgową (drgawki, sopor, deliria).

Drugą a może najważniejszą przyczyną objawów mózgowych przy pneumonji u dzieci upatruje autor w silnéj gorączce, jaka zwykle chorobie téj towarzyszy. Najgwałtowniejsze objawy mózgowe idą w parze z wysoką temperaturą, a w miarę jéj zniżania się i objawy te słabną. Autor nie przeczy, że i ząbkowanie jako samo przez się usposabiające do objawów mózgowych może objawy te spotęgować jeszcze podczas pneumonji, ale przytacza przypadki choroby téj z najgwałtowniejszemi objawami mózgowemi u dzieci po 8 do 10 lat mających, gdzie zatem ząbkowanie żadnego nie mogło mieć wpływu na wywołanie tych objawów.

Na trzeciém miejscu stawia autor przekrwienie zastoinowe ośrodków nerwowych, wywołane przeszkodami w krążeniu płucném podczas pneumonji. Jednakże, jak sam autor mówi, moment ten za jedyny, powodujący objawy mózgowe, uważanym być nie może, gdyż objawy te zdarzają się i w takich przypadkach zapalenia płuc, w których proces chorobny ogranicza się do bardzo małéj części jednego płuca, gdzie zatem o znacznie utrudnionéj cyrkulacji nie ma mowy.

Jako czwartą przyczynę podaje autor powikłanie pneumonji krupowéj z zapaleniem ucha wewnętrznego (Otitis interna). Autor w 16 przypadkach komplikację tę obserwował i zwraca na nią baczną uwagę lekarzy. Obserwacje jego odnosiły się do dzieci od 5 do 10 lat mających, a które do czasu ostatniéj choroby nie przechodziły żadnéj choroby uszu ani zołzów; przeciwnie wszystkie były dawniéj zupełnie zdrowe, dobrze odżywione i dobrze zbudowane. Że objawy mózgowe, jakie w tych przypadkach towarzyszyły pneumonji, zostawały w związku z cierpieniem ucha, tego dowodzi fakt, iż objawy te ustawały natychmiast po ukazaniu się odpływu z ucha. Z objawów mózgowych jakie w tych 16 przypadkach autor obserwował, przytacza: wymioty, śpiączkę naprzemian z wielkim niepokojem, bredzenia, objawy bólu głowy, nieprzytomność;—drgawki nigdy nie miały miejsca. Co się tyczy związku, jaki w tych przypadkach zachodzić może pomiędzy zapaleniem płuc a zapaleniem ucha, to autor mniema, że oba te procesa chorobne są jednoczesnemi następstwami i skutkam jednéj przyczyny a mianowicie zaziębienia.

Jako piątą możliwą przyczynę rzeczonych objawów przy pneumonji autor przytaczai

niedostateczne utlenianie się krwi w płucach, a tém samém szkodliwy wpływ nieutlenionéj krwi na ośrodki nerwowe.

Niemałéj wagi przyczyną objawów, o których tu mowa, bywa szczególniéj u dzieci do 3-go roku życia podrażnienie mózgu na drodze zwrotnéj, jakie miewa miejsce nietylko przy ostrém zapaleniu płuc, ale i przy ostrém zapaleniu daleko mniéj ważnych organów i tkanin np. przy wrzedzionkach.

Nakoniec, zdaniem autora, w nader małéj liczbie przypadków, powód objawów mózgowych leży istotnie w zapaleniu ropném opon mózgowych (Meningitis simplex), wikłającém pneumonję krupową. Przypadki te są nadzwyczaj rzadkie i prawie bezwzględnie śmiertelne, kiedy tymczasem przypadki idjopatycznéj ostréj krupowéj pneumonji u dzieci, choćby im towarzyszyły i najgroźniejsze objawy mózgowe, nie z zapalenia opon pochodzące, zwykle pomyślnie się kończą. Naturalnie że niema tu mowy o symptomatyczném zapaleniu płuc przy ropnicy, szkarlatynie i t. p. W przypadkach obserwowanych przez autora, w których zachodziła komplikacja meningitidis z pneumonją i komplikacja ta sekcjami stwierdzoną została, najczęściéj rozpoznanie było mylném, gdyż u małych dzieci jedynym objawem prostéj ropnéj meningitidis bywa najczęściéj tylko sopor.

Autor w końcu ubolewa, iż dziś tak jak przed kilkunastu laty przypadki pneumonji u dzieci z objawami mózgowemi najczęściej mylnie rozpoznawane bywają i uważane zwykle za przypadki zapalenia opon mózgowych. (Ileż to matek błogosławi u nas tego i owego z naszych kolegów za wyleczenie jéj dziecka, które było już umierającém na zapalenie mózgu? a ilu też jeszcze mamy kolegów, którzy te błogosławieństwa jako zasłużone przyjmują, sądząc, że im się udało kilkadziesiąt razy w życiu uleczyć chorobę, która jest niemal absolutnie śmiertelną.—*Przypisek Sprawozdawcy).*

By uniknąć tych tak częstych błędów diagnostycznych, autor uważa za niezbędne dokładne codzienne badanie klatki piersiowéj w tych wszystkich przypadkach, w których objawom mózgowym towarzyszy od początku choroby bardzo wysoka temperatura (39,5°—40° C.) i nader szybkie tętno (160 do 170 uderzeń).

O leczeniu Syphilidis congenitae et acquisitae u dzieci podskórnemi wstrzykiwaniami roztworu sublimatu.

Monti Beobachtungen über die Behandlung der Syphilis congenita et acquisita mittelst subcutaner Sublimatinjektionen. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* Jahrgang II. Heft 4).

Autor, będący assystentem w klinice pediatrycznéj w Wiedniu, idąc za radą profesora *Widerhofer'a*, użył wstrzykiwań podskórnych z sublimatu, w 14 przypadkach syphilis przyrodzonéj i nabytéj, u dzieci leczonych w téj klinice. Opisawszy bardzo szczegółowo te 14 obserwacji autor wyprowadza z nich wnioski, odnośnie do korzyści wspomnianéj metody.

Wstrzykiwania robione były codziennie. Doza naraz wstrzykiwana wynosiła u dzieci mniéj niż rok mających $^1/_{32}$ grana, u dzieci niżéj lat 5 gran $^1/_{24}$, u dzieci starszych i dobrze odżywionych gran $^1/_{16}$ sublimatu. Wstrzykiwania robione były na przedniéj i bocznéj ścianie klatki piersiowéj i na podżebrzu, miejsca te bowiem najmniejszy mają pokład tłuszczowy a tém samém trudniéj ulegają zapaleniu. Objawy miejscowe syfilityczne znikały nadzwyczaj szybko w okolicy zrobionéj injekcji. Ale w ogóle wszelkie symptomata syfilityczne nawet takie jak porażenia i cierpienia krtani nadzwyczaj szybko znikały, tak, że z 14 leczonych przypadków 8 zostało wyleczonych przed upływem 13-go dnia kuracji a tylko 2 dłużéj niż dni 16 leczonemi być potrzebowały. Z powodu to zapewne tak krótkiego trwania kuracji stan ogólny chorych bynajmniéj przez nią nie jest narażony na jakiebądź zgubne wpływy; odżywienie leczonych dzieci było dobre, w żadnym przypadku nie przyszło do objawów ogólnéj intoksykacji rtęciowéj, do saliwacji lub stomatitis. Takie są korzyści metody o któréj tu mowa.

Niekorzyści jéj wszakże są wielkie. Na pierwszém miejscu wypada postawić niemal nieuchronne zapalenia i ropienia w okolicy robionéj injekcji, która to okoliczność u dzieci nie małéj jest wagi. Tylko w 3 przypadkach autor nie widział tych zgubnych następstw.

Nie mniéj przeciwko metodzie téj przemawiają stosunkowo częste recydywy syphilis, o czém autor w 3 przypadkach sam się miał sposobność przekonać. Wreszcie wstrzykiwania podskórne sublimatu bynajmniéj nie zapobiegają powstawaniu chorób, które zwykły towarzyszyć lub następować po syphilis u dzieci, jako to rhachitis, furunculosis, hydrocephalus chronicus i t. p. Autor zatém sądzi, iż metodzie téj należy oddać pierwszeństwo przed metodą leczenia środkami wewnętrznemi (Calomel) jedynie tam, gdzie stan przewodu pokarmowego absolutnie przeciwskazuje użycie rtęci do wewnątrz.

Niektóre spostrzeżenia i uwagi dotyczące Szkarlatyny.

Prof. Thomas. Einige Beobachtungen über die ungewöhnlicheren Formen der Scharlachkrankheit. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* II. Jahrgang 4 Hft).
H. Rehn Zur Incubationsdauer des Scharlachs (*Ibidem*).
Prof. Bohn. Blutiger Scharlach (*Ibidem*).
Prof. Thomas. Zur Eintheilung der Scharlachfälle (*Ibidem.* III. Jahrgang 1 Heft).

W pierwszym z dwóch wyżéj przytoczonych artykułów profesora *Thomas'a* z Lipska, autor zastanawia się nad dwiema formami tak zwanéj nieregularnéj szkarlatyny, a mianowicie nad przypadkami, w których cierpienie nerek *resp.* cierpienie gardła, pochodzące niewątpliwie z zarażenia jadem szkarlatynowym, stanowią jedyne dostrzegalne zmiany chorobne. *Hamburger* (1861) dawniéj postawił 4 formy nieregularnéj szkarlatyny, a mianowicie: 1 angina scarlatinosa bez wysypki, a jednak z następczą wodną puchliną (hydrops scarlatinosus); 2, pierwotna nephritis; 3, pierwotna adenitis submaxillaris z następczą wodną puchliną; 4, febris scarlatinosa sine exanthemate. Professor *Thomas* tych dwóch ostatnich form nigdy nie obserwował.

Co się tyczy szkarlatynowego zapalenia nerek, któremu inne zwykle objawy szkarlatyny nie towarzyszą, to autor opisuje dwa przypadki do téj formy należące; w obu zarażenie było niezawodne. Jedynym objawem była początkowa gorączka, lekka czerwoność gardła i białkomocz. Hydrops wcale się nie rozwinął Zejście było pomyślne. Trwanie choroby dni 6 do 7.

Daléj przechodzi autor do opisu 8 przypadkow anginae scarlatinosae, obserwowanéj u dzieci do szkoły chodzących i mniéj lub więcéj narażonych na zarażenie z powodu panującéj podówczas epidemji szkarlatyny. Autor przyznaje, że rozpoznanie w takich przypadkach nie zawsze jest łatwe. Cechą odróżniającą proste zapalenie gardła od tych przypadków nieregularnéj szkarlatyny, które pod nazwą angina scarlatinosa są znane, jest niemal wyłącznie bardzo wysoka temperatura (40,5 do 40,6°C) właściwa téj ostatniéj. Przy tém jednak i objawy miejscowego cierpienia w gardle do odróżnienia posłużyć mogą, a mianowicie zapalenie szkarlatynowe cechuje się mocném zaczerwienieniem, ale bardzo słabém, albo żadném obrzmieniem; nadto język przy zapaleniu szkarlatynowém bywa z początku obłożony, ale wkrótce staje się mocno czerwony i taki jak w *przypadkach* regularnéj szkarlatyny; wreszcie obrzmienie gruczołów limfatycznych jest przy zapaleniu szkarlatynowém gardła większe jak przy zapaleniu prostém. Co się tyczy przebiegu gorączki w tych przypadkach nieregularnéj szkarlatyny, o których tu mowa, jest on prawie taki sam jak w przypadkach regularnéj szkarlatyny; podniesienie początkowe temperatury następuje nagle i szybko; w pierwszym okresie wzmagania się choroby, zachodzą znaczne eksacerbacje i remissje; szczególniéj te ostatnie wynoszą niekiedy 1° do $1\frac{1}{2}$°C co odróżnia przypadki te od przypadków zwykłéj szkarlatyny; doszedłszy do maximum, temperatura pozostaje w niem przez dni 2 do 3; zniżenie się temperatury odbywa się nie nagle a stopniowo; trwanie całéj choroby wynosi 4 do 8 dni. Żadne z obserwowanych przez autora dzieci, które przebyły rzeczoną chorobę, nie uległo późniéj szkarlatynie, chociaż na sposobności zarażenia się nie zbywało.

Drugi swój artykuł autor zaczyna od uwag krytycznych nad dotychczasową klassyfikacją przypadków szkarlatyny. Klassyfikacja powszechnie używana dziś podaną została przez *Rilliet'a* i *Barthez'a*. Zarzucić jéj należy głównie zbytnie rozdrobnienie i za wielką wagę przywiązywaną do objawu saméj wysypki. Dlatego autor podaje swoją klassyfikację,

opartą jedynie na obecności lub nieobecności procesów miejscowych, wywołanych zakażeniem szkarlatynowém i na porządku, w jakim procesa te w rozmaitych przypadkach po sobie następują.

Przedewszystkiem należy odróżnić dwie klassy przypadków szkarlatyny: I., takie w których zachodzi cierpienie jednego tylko organu ciała, i II., takie w których zachodzą skombinowane cierpienia kilku organów ciała.

Do *I-éj klassy* wypada zaliczyć te tylko przypadki, w których wyłącznie tylko skóra sama (bardzo rzadko) lub samo tylko gardło (angina scarlatinosa) jest siedliskiem zmiany chorobnéj, stanowiącéj objaw ogólnego zakażenia. Do rzadszych jeszcze przypadków téj klassy należą wyłączne szkarlatynowe zapalenia nerek i gruczołów limfatycznych.

Do *II-éj klassy* należy większość przypadków szkarlatyny; klassę tę wypada podzielić na dwie gruppy: do 1-éj należą przypadki, w których liczne zmiany chorobne *jednocześnie* występują; do 2-éj zaś te przypadki, w których owe zmiany w rozmaitym porządku *niejednocześnie* obserwować się dają.

Do *1-éj gruppy* z licznemi jednoczesnemi zmianami chorobnemi należą: *a.* najczęstsze przypadki zwykłéj szkarlatyny z jednoczesnemi zmianami w skórze, w gardle i gruczołach limfatycznych ale bez procesu chorobnego w nerkach (? *Ref.*) i *b.* takież same przypadki z jednoczesnem cierpieniem nerek.

Do *2-éj gruppy* z licznemi, niejednocześnie występującemi zmianami chorobnemi należą: *a.* przypadki zwyczajnéj szkarlatyny, w których najpierw pokazuje się wysypka i angina, a późniéj dopiero nephritis lub zapalenie gruczołów; *b.* przypadki w których początkowo jest tylko wysypka, a późniéj dopiero zapalenie z wysiękiem dyfterytycznym lub bez tego wysięku, poczem późniéj jeszcze niekiedy przychodzi nephritis; *c.* rzadsze przypadki w których wcale nie ma wysypki, choroba zaczyna się cierpieniem gardła i gruczołów limfatycznych, po których dopiero występuje nephritis; *d.* niezawodnie najrzadsze przypadki, zaczynające się od nephritis, po któréj dopiero późniéj pokazuje się wysypka.

Profesor *Bohn* z Królewca opisuje dwa nader ciekawe przypadki szkarlatyny, w których w samym początku, choroby wystąpiły petechie wraz z gwałtownemi objawami mózgowemi. W obu przypadkach zejście było śmiertelne w pierwszéj dobie choroby. Mniejsze lub większe hemorragje skórne w przebiegu szkarlatyny, po zupełném już rozwinięciu się choroby, będące wyrazem ogólnego rozkładu krwi nie są tak rzadkie; nadzwyczaj zaś rzadkiemi są hemorragje wraz z inwazją choroby występujące. Autor mniema, iż opisy niektórych przypadków gwałtownéj choroby *Werlhof'a* z szybkiem jakoby zejściem śmiertelném, polegają na błędzie rozpoznania i przypadki te jedynie za szkarlatynę z przebiegiem nieregularnym uważać należy.

Dr. *Rehn* podaje obserwację, mogącą posłużyć do ocenienia długości okresu incubationis w szkarlatynie. Wiadomo, że długość tego okresu w chorobie rzeczonéj dotychczas dokładnie oznaczoną nie jest. Kilku jednak szczególniéj francuzkich lekarzy objawiło zdanie, iż okres ten w szkarlatynie bywa bardzo krótki (24 do 48 godzin). Szczególniéj zdanie to zdaje się popierać obserwacja *Trousseau*, który w swéj „Clinique medicale T. I., p. 93" następujący przypadek przytacza: Pewien kupiec Londyński zawiózł jedną z swoich córek do Eaux-Bonnes i spędził z nią zimę w Pau. Wracając do Anglji chciał się zatrzymać przez dni kilka w Paryżu. Starsza córka jego pozostała w Londynie, a pragnąc jak najprędzéj powitać ojca i siostrę, wyjechała naprzeciw nich do Paryża. W przeprawie przez kanał La-Manche dostaje dreszczy, bólu gardła i gorączki, a przybywszy w 7 godzin późniéj do Paryża przedstawia wszystkie objawy gwałtownéj szkarlatyny. Niemal jednocześnie z nią staje w tym samym hotelu ojciec jéj z młodszą córką. Ta ostatnia pozostaje w pokoju choréj siostry, a w 24 godzin późniéj doznaje pierwszych objawów szkarlatyny, która u niéj miała przebieg łagodny. Podówczas panowała szkarlatyna w Londynie, nie było zaś jéj wcale w Pau.

Przypadek obserwowany przez Dr. *Rehn'a* nie mniéj jest przekonywającym. Dnia 1 Maja zachorowała $4 \frac{1}{2}$ letnia dziewczynka w Hanau; przebieg szkarlatyny był dosyć gwałtowny. W Hanau podówczas wcale szkarlatyny niebyło. Ale pokazało się, że 29 Kwietnia babka pacjentki przybyła ze Stuttgartu, gdzie przez kilka tygodni pielęgnowała dziecko w ostatnim okresie szkarlatyny będące. W nocy 30 Kwietnia na 1 Maja wzięła wnuczkę do swego łóżka, a w 24 godzin potem wystąpiły u dziewczynki pierwsze objawy szkarlatyny.

DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI.

Lövenson (Deutsche Klinik 1869. Nr. 17.) uważając *difterytyczne* zapalenie gardła jako zależne od bujania pasożytnych grzybków, mocno zaleca pędzlowanie absolutnym alkoholem i podawanie do wewnątrz napojów wyskokowych.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde II. J. 4 Hft.) M.

Oewre (Brit. and Foreing. med. and chir. Review. 1869.) przekonał się, iż z 112 dzieci z *dziedziczną Syphilis*, 95 odziedziczyło chorobę po matce, 7 po ojcu, a 5 gdzie oboje rodzice byli zarażeni. *(Jahrb. f. Kinderheilk. III. J. 1 Hft.) M.*

W piśmie *the medical repord 1869*, jak najmocniéj jest zalecaném *kali bromatum* w cholerze u dzieci; ze 163 dzieci tym środkiem leczonych umarło 3. Dawka 10 do 30 gran. w płynie klejkowatym. *(Jahrb. f. Kinderheilk III. 1.) M.*

Chloral zalecany i używany jest z pomyślnym skutkiem w chorobach dzieci; u niemowląt niżéj roku w dawce od $4 \frac{1}{2}$ do 12 gran. *(Jahrb. f. Kinderh. III. 1, 2.) M.*

KRONIKA TYGODNIOWA.

— Komitet kassy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych. Ś. p. Dr. *Jan Bącewicz*, niegdy członek czynny Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, i członek kassy wsparcia podupadłych lekarzy, wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, testamentem z dnia 20 Lipca r. 1864, między innemi legatami na cele publiczne poczynionemi, zapisał kapitał rs. 7500 na oddzielny fundusz stały przy Towarzystwie lekarskiem warszawskiem istnieć mający, od którego procent ma być corocznie w dniu imienin testatora, t. j. w dniu 24 Czerwca, rozdzielany pomiędzy 5 niezamożnych wdów po lekarzach wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych, po lekarzach innych wyznań.

O nazwiskach osób, które otrzymają takowe jednorazowe wsparcia, wedle zastrzeżenia w testamencie uczynionego, ma być podaném przez pisma do wiadomości publicznéj.

Ponieważ legat ten postanowieniem b. Rady administracyjnéj królestwa z dnia 22 Czerwca (4 Lipca) 1865 roku Nr. 14229 został zatwierdzony, i kapitał w roku 1869 przeszedł na własność Towarzystwa lekarskiego, przeto Komitet kassy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, działając z upoważnienia tegoż Towarzystwa, zawiadamia, iż w roku bieżącym będzie miał miejsce rozdział funduszu otrzymanego z procentu od kapitału powyższego za rok 1869/70. Podług przyjętego przez Komitet porządku przyznawania wsparć z tego funduszu, każdy z członków Komitetu niżéj wyszczególnionych, ma prawo przedstawienia jednéj wdowy po lekarzu wyznania chrześcjańskiego, a w braku takowéj po lekarzu innego wyznania, z podaniem o niéj na piśmie szczegółów następujących: a) imię i nazwisko kandydatki, z wykazaniem po kim jest wdową, i gdzie mąż jéj praktykował jako lekarz i jakie miał zasługi; b) ile kandydatka ma lat wieku; c) czy pobiera pensję emerytalną i w jakiéj wysokości rocznie; d) jeżeli ma dzieci, to ile, z wykazaniem imienia każdego dziecka, wieku tegoż, i czem się każde zajmuje.

Z przedstawionych kandydatek, Komitet na posiedzeniu w dniu $^{3}/_{15}$ Czerwca r. b. w tym celu odbyć się mającém, większoscią głosów przyzna pięciu wdowom wsparcia z le-

gatu *Bącewicza* za r. 1870, które w tym roku wynosić będzie dla każdéj po 109 rubli i 25 kopiejek.

Zawiadamiając o tém osoby interesowane, Komitet nadmienia, że do składu jego należą w Warszawie: Prezes Dr. *Brodowski Włodzimierz;* Vice-Prezes Dr. *Kosiński Juljan;* członek zarządzający funduszami kassy, zarazem Sekretarz stały Towarzystwa Lekarskiego Dr. *Szokalski Wiktor;* Kassjer Dr. *Helbich Adam;* członkowie z grona Towarzystwa lekarskiego wyznaczeni: Dr. *Dorantowicz Aleksander;* Dr. *Dudrewicz Jan;* i Dr. *Natanson Ludwik;* członkowie z grona ogółu lekarzy warszawskich powołani: Dr. *Kobylański Franciszek* i Dr. *Podowski Henryk;* p. o. Inspektora lekarskiego miasta Warszawy Dr. *Malek Gabrjel;* Inspektor lekarski gubernji warszawskiéj Dr. *Poźniakowski Jan;* członkowie zaproszeni z grona warszawskich prawników i przyjmujący czynny udział w działaniach kassy w charakterze radców prawnych: mecenas *Thieme Karol,* i rejent *Zawadzki Stanisław.* Nadto do Komitetu należą z urzędu Inspektorowie lekarscy przy rządach gubernjalnych na prowincji, a mianowicie: w Kaliszu Dr. *Wejss Woldemar*, który do załatwiania interesów kasy wsparcia lekarskiéj upoważnił swego pomocnika D-ra *Boese Jana;* w Petrokowie Dr. *Kasprzycki Marcelli;* w Radomiu Dr. *Rewoliński Teofil;* w Kielcach Dr. *Sokołowski Leon;* w Lublinie Dr. *Kwaśniewski Juljusz;* w Siedlcu Dr. *Czopowski Antoni;* w Płocku Dr. *Krosnowski Michał;* w Łomży Dr. *Londyński Roman;* w Suwałkach, pełniący obowiązki Inspektora Dr. *Zdanowicz Symforjan.*

Osoby więc, któreby życzyły sobie otrzymać wsparcie z legatu *Bącewicza*, zechcą udać się do jednego z pomienionych członków z należytemi dowodami; albowiem Komitet stosownie do powyższéj swéj decyzji, bezpośrednio żadnych próśb nie przyjmuje, a to z tego powodu, iż w jego obliczu członek przedstawiający kandydatkę bierze na siebie moralną odpowiedzialność za rzeczywiście podupadły jéj stan, i za moralne prowadzenie się.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami.

Dr. *Szokalski.*

Redaktor i Wydawca Z. Dobieszewski.

Дозволено Цензурою.—w Drukarni J. Jaworskiego—Cena pojedynczego arkusza kop. 15 (złp. 1).